

予 防 接 種 票 交 付 申 請 書

子宮頸がん
キャッチアップ専用

江戸川区長 殿

令和 年 月 日

予防接種票の交付を申請します。

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

TEL _____ (_____)

予 防 接 種 者	フリガナ お 名 前			女
	生年月日	H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳 _____ か月)		
	住 所	☐ 申請者と同じ 江戸川区 TEL _____ (_____)		
申 請 理 由	キャッチアップ接種(転入 ・ 再交付(紛失・予診) ・ その他)			
必要とする予防接種に○をつけてください。				
H i b ワクチン	1 生後 2 ヶ月	～ 7 ヶ月に至るまで (初回 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加分)		
	2 生後 7 ヶ月	～ 1 歳に至るまで (初回 1 ・ 2 回目 ・ 追加分)		
	3 生後 1 歳以上	～ 5 歳に至るまで (初回 1 回目分)		
小児用肺炎球菌	1 生後 2 ヶ月	～ 7 ヶ月に至るまで (初回 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加分)		
	2 生後 7 ヶ月	～ 1 歳に至るまで (初回 1 ・ 2 回目 ・ 追加分)		
	3 生後 1 歳以上	～ 2 歳に至るまで (1 ・ 追加分)		
	4 生後 2 歳以上	～ 5 歳に至るまで (1 回目分)		
	B 型肝炎 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目)			
	ロタウイルス (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ※ロタリックスは 2 回目まで			
	日脳 I 期初回 1 回目		日脳 I 期初回 2 回目	
	日脳 II 期	※日脳特例 ①平成 19 年 4 月 1 日以前に生まれた 2 0 歳未満の方 ② 平成 19 年 4 月 2 日～平成 21 年 10 月 1 日生まれで I 期が接種完了していない II 期対象の方		
	4 混 I 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加			DT II 期
	不活化ポリオ初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加			B C G
	MR I 期 (定期 ・ 任意)		MR II 期 (定期 ・ 任意)	
	水痘 (1 回目 ・ 2 回目)	○	子宮頸がんワクチン (2 回目 ・ 3 回目)	
	高齢者肺炎球菌 (定期)		熟年者インフルエンザ(定期)	

交付枚数	枚	受 付 者	確 認	母子手帳 保険証 端末 その他[_____]	受 付 印
------	---	-------	-----	--------------------------------	-------